

Anforderungen an eine Stabstelle für Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung in Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung

Eversmann, Bernd J.

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Eversmann, B. J. (1996). Anforderungen an eine Stabstelle für Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung in Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 19(1), 7-14. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-36107>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Anforderungen an eine Stabstelle für Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung in Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung

Bernd J. Eversmann

1 Organisationsstrukturen von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung

Die historische Entwicklung der Krankenhausstrukturen hat Rohde (1974) ausführlich dargestellt. Ursprünglich dienten diese Einrichtungen zur Pflege der mittellosen Sterbenskranken. Die Aufgaben beschränkten sich auf die Pflege und geistliche Vorbereitung auf den Tod. Mit der medizinischen Entwicklung nahm der ärztliche Einfluß auf die Krankenhäuser zu, die zuvor ausschließlich von zumeist Ordensschwestern mit pflegerischer Orientierung geleitet wurden. Erst im 19. Jahrhundert begann die Entwicklung moderner Krankenhausstrukturen in organisatorischer und baulicher Hinsicht. Während bis dahin - neben den eigentlichen Aufgaben der Pflege und geistlichen Betreuung - die weiteren Funktionen wie Küche, Reinigung und Verwaltung unter der Leitung der Ordensschwestern lag, begann eine Verteilung der Funktionen an spezialisierte Fachkräfte; die Arbeitsteiligkeit führte zu einer Aufgliederung der Leitungsfunktion.

Heute ist ein Krankenhaus durch eine Grenze zwischen Administration und Heilberufen gekennzeichnet. Zwischen den verschiedenen Professionen der Heilberufe gibt es ebenfalls mehr oder minder scharfe Abgrenzungen. Es wird von der hohen Autonomie der "Experten"-Brufe innerhalb der Gesamtorganisation gesprochen (Grossmann 1993; van Kessel 1995). Vielfach findet sich der Begriff "Versäulung" für die vertikale Orientierung der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Die immer wieder geforderte Teamarbeit, die bereichsübergreifende Zusammenarbeit und ein Wir-Gefühl für die Gesamtorganisation finden nur eine schwache Unterstützung. Die professionelle Ausübung von Leitungsfunktionen wird von den Heilberufen nicht als Bestandteil ihrer eigentlichen Aufgabe gesehen. Die Administration soll für eine Umgebung sorgen, die ein reibungsloses Erfüllen der Funktionen ermöglicht (van Kessel 1995).

Aktuelle Forderungen nach verbesserter Wirtschaftlichkeit, die ständig zunehmende Komplexität der medizinisch-technischen Entwicklung sowie arbeitsrechtliche Veränderungen stellen hohe Anforderungen an die Betriebsführung. Die Wirtschaftlichkeit von deutschen Krankenhäusern läßt sich zur Zeit schwer vergleichend beurteilen. Es wird insbesondere von politischer Seite von erheblichen Rationalisierungspotentialen gesprochen. Gleichzeitig sind die administrativen Instrumente zur Betriebssteuerung kaum entwickelt. Nur wenige Krankenhäuser in Deutschland verfügen über eine ausreichend differenzierte Kostenstellenrechnung; hinzu kommt hohe Planungsunsicherheit. Inzwischen gibt es die zweite Änderungsverordnung der erst für 1995 einzuführenden Bundespflegesatzverordnung (ohne Autor 1995). Es ist mit einer erheblichen Zunahme des Konfliktpotentials zwischen Administration und Heilberufen zu rechnen, falls der externe Druck zu Einsparungen innerhalb eines Krankenhauses umgesetzt wird.

Die exponentielle Entwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts mit Transplantationsmedizin und anderen Spezialisierungen zergliedert die Krankenhausstrukturen. Während im industriellen Bereich schlanke Produktionsstrukturen (lean production) angestrebt werden, nimmt die Komplexität im Krankenhaus zu.

Der Wandel der arbeitsrechtlichen Bedingungen findet über längere Zeiträume statt: Die Änderungen des Personaleinsatzes ist für die Krankenhausleitung zu bewältigen. Ein häufiger Wechsel einzelner Mitarbeiter oder in der personellen Zusammensetzung von Arbeitsgruppen stellt jedoch nicht nur die Patienten vor Anpassungsaufgaben, sondern erschwert die Koordination und Kooperation der Funktionsbereiche; dazu kommt, daß aus Kostendämpfungsgründen die erst 1994 eingeführte Verordnung zum Personalbedarf im pflegerischen Bereich (VO zur Pflege-Personalregelung) teilweise wieder ausgesetzt ist.

Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung stehen einer Vielzahl von strukturellen, wirtschaftlichen und inhaltlichen Anforderungen gegenüber, die offensichtlich nur mit einem exzellenten Management zu bewältigen sind.

2 Bewältigungsstrategien

Als besonders vielversprechende Strategie wird die Veränderung der Organisationsstruktur vom Regiebetrieb zum Eigenbetrieb angesehen. Umständliche, zuweilen auch inkompetente Verwaltungswege werden gestrafft. Sicher ist es auch bei einer GmbH-Struktur möglich, den Gesellschaftereinfluß so weitreichend zu gestalten, daß es kaum Unterschiede zum Regiebetrieb gibt. Insgesamt wird von der Transformation aus dem öffentlich-rechtlichen in einen "privatwirtschaftlichen" Bereich eine Effizienzsteigerung, die Optimierung von Abläufen und eine stärkere Orientierung an wirtschaftlichen Kenngrößen erwartet. Solange die Betriebsführung von Einrichtungen der Gesundheits-

versorgung jedoch reaktiv ausgerichtet ist, fehlt als Element optimaler Betriebsführung die strategische Orientierung.

Die bisherigen Bewältigungsstrategien in Krankenhäusern fanden vorrangig in der Administration statt, beispielsweise durch den überdurchschnittlichen Anstieg an Personalstellen in diesem Bereich als eine Reaktion auf die ständig steigenden Anforderungen an die Rechnungslegung. Die Einrichtung von Ausbildungsmöglichkeiten in der Krankenhausbetriebswirtschaft, die Entwicklung DV-gestützter Abrechnungssysteme oder die spezielle Ausbildung von Pflegedienstleitungen, hier zumeist vorrangig auf die Personaleinsatzplanung zentriert, scheint sich an den aktuell empfundenen Defiziten orientiert zu haben. Dies wird besonders deutlich an dem einseitig an den verwaltungstechnischen Bedarf ausgerichteten Informationssystemen. Eine für die Heilberufe verwendbare Information, welche die wirtschaftliche Orientierung in ihren Aufgaben unterstützen würde, ist zumeist nur sehr eingeschränkt möglich.

Die meisten Landeskrankenhausesetze schreiben zur Besetzung der Krankenhausleitung ein Direktorium aus Verwaltungs-, ärztlicher und Pflegedienst-Leitung vor. Damit soll die vorgenannte Grenze zwischen Administration und Heilberufen überwunden werden. Insbesondere von ärztlicher Seite wird die Leitungsfunktion nur begrenzt wahrgenommen. Ein Grund dafür ist die häufige Besetzung der Stelle des ärztlichen Direktors mit einem leitenden Abteilungsarzt. Die Doppelfunktion ist kaum zu bewältigen. Erst in jüngerer Zeit beginnt ein Trend zur hauptamtlichen Besetzung der Position des ärztlichen Direktors. Die Repräsentanz im Krankenausdirektorium der weiteren Berufsgruppen aus Diagnostik, Krankengymnastik, Bäderabteilung sowie wirtschafts- und technischen Diensten ist vielfach von den persönlichen Beziehungen abhängig.

Die Ausgliederung von Leistungen wie Wäschereien, Apotheken, Reinigungsdienste, um nur einige zu nennen, bedeutet eine Verminderung der Komplexität. Die Ausgliederung ist häufig nur eine Kostenverschiebung in jene Bereiche, in denen sich nach der bislang geltenden Pflegesatzverordnung Kostensteigerungen leichter gegenüber den Kostenträgern durchsetzen lassen. Da die Schnittstellen zu den Anschlußbereichen oft nicht definiert sind, bedeutet dies für die Zusammenarbeit, daß Neudefinitionen vorgenommen werden müssen, nicht selten nur informell.

3 Defizite

Abgesehen von dem noch heute lesenswerten Werk von Jürgen Rohde zur "Soziologie des Krankenhauses" (1974) findet sich erst in jüngster Zeit eine zunehmende Zahl an sozialwissenschaftlichen Veröffentlichungen zur Organisation von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. Die organisationstheoretische Forschung gewinnt seit dem Aufschwung der Gesundheitswissenschaften in Deutschland erheblich an Bedeutung.

Vielfach wird erprobt, ob sich Konzepte aus dem industriellen Bereich übertragen lassen. Unter dem Stichwort "Qualitätsmanagement" oder "Zertifizierung" sollen rasch Managementveränderungen von Unternehmensberatern, die jedoch keine speziellen Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung vorweisen können, erzielt werden. Die Zähigkeit, mit der sich schon vor Jahren begonnene Projekte entwickeln, weist daraufhin, daß Organisationskonzepte aus anderen Bereichen nicht übertragbar sind. Es muß eine Übersetzung etwa der DINISO-Normen für die Anwendung in der Gesundheitsversorgung vorgenommen werden. Dabei genügt es nicht, den Begriff "Kunde" durch "Patient" auszutauschen, wie kürzlich vorgestellt (Pinter/Stürwold 1995).

Wenn es bislang auch nicht gesichert ist, ob organisationstheoretische Forschung zu unmittelbar anwendbaren Konzepten führt, kann jedoch eine Wechselbeziehung zwischen Forschung und praktischer Anwendung von Konzepten der Organisationsentwicklung angenommen werden. Für die Organisationsentwicklung in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung scheint bei der Komplexität von Anforderungen eine organisationstheoretische Fundierung von Konzepten von wesentlicher Bedeutung zu sein (van Kessel 1995).

Die "Versäulung" der beschäftigten Professionen wurde schon als Defizit genannt. Mit der immer weitergehenden Spezialisierung werden die Mängel an Kenntnissen zu professioneller Leitung ersichtlicher. Ein leitender Abteilungsarzt steuert einen Umsatz in Höhe von mehreren Millionen Mark, ohne Möglichkeiten zu haben, sich effizient in den erforderlichen Führungsfunktionen auszubilden. Es wird quasi ein Naturtalent für diese Aufgaben neben der ärztlichen Qualifikation erwartet. Interdisziplinäre Zusammenarbeit wird nicht professionell unterstützt; die Mauern zwischen den einzelnen Heilberufen werden nicht abgebaut.

Während die frühen Krankenhäuser als ordensgeführte Einrichtungen über eine einheitliche "Unternehmensphilosophie" verfügten - für unser heutiges Denken eher sehr eng gefaßt -, wird heute ein einheitliches Verständnis als Klammer für die verschiedenen Berufe im Krankenhaus vermißt. Während sich die Verwaltung an "ihren" Kennziffern "ihres" Krankenhauses orientiert, gibt es bei den Heilberufen eine externe Orientierung an wissenschaftlichen Entwicklungen und Berufsverbänden. Das persönliche Verständnis der Aufgaben und das Verständnis für Leitungsfunktionen, Loyalität gegenüber der Organisation sowie Anerkennung von formalen Strukturen klaffen auseinander.

Qualitätsmanagement nach der DIN ISO fordert eine schriftliche Formulierung der Qualitätspolitik eines Unternehmens. Auch aus Sicht der Organisationsentwicklung ist von den allgemein geteilten Visionen die Rede (Senge 1994). Der Druck auf die Krankenhäuser, Qualitätsmanagement einzurichten, wird vermutlich dieses Defizit der fehlenden, als Klammer funktionierenden Unternehmensziele deutlicher als bisher werden lassen.

Schließlich sind die sich aus Naturwüchsigkeit und Komplexität entwickelnden informellen Strukturen zu nennen. Diese Strukturen sind schwer systematisch faßbar.

Sicher gibt es in jeder Organisation informelle Strukturen. Im Krankenhaus spielen sie jedoch eine solche Rolle, daß ein neuer Mitarbeiter erst nach mehreren Jahren alle ihn betreffenden informellen Strukturen identifizieren kann; Cliqueswirtschaft wird ein breiter Spielraum eingeräumt. Informelle Strukturen führen nicht selten zu Defiziten wie Verfälschungen, Verzögerungen, Fehlleitungen und Willkür bei Informationsübermittlungen. Gerade für den auf rasche und fehlerfreie Übermittlung von Informationen angewiesenen Prozeß der Krankenversorgung kann dieses fatal sein. Dem amerikanischen Soziologen Freidson wird der Spruch zugeschrieben: "it defies all logic, but a hospital does function" (pers. Mitteilung Jürgen J. Rohde 1991). Damit sollte jedoch nicht eine ignorante Haltung zu den Möglichkeiten der Organisationsentwicklung in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung eingenommen werden. Eine Untersuchung aus den USA (McClure et al. 1982) zeigt, daß die Anwendung von Kriterien exzellenter Unternehmensführung auch in Krankenhäusern auffindbar sind.

4 Aktuelle, erweiterte Aufgaben der Betriebsführung in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung

Die wichtigste Veränderung für das Management von Krankenhäusern scheint ein Wandel vom reaktiven zum proaktiven Handeln. Die Herausforderungen sind so vielfältig, daß eine Optimierung vorhandener Strategien vermutlich nicht ausreicht.

An erster Stelle sollte die Erarbeitung einer klaren Zielsetzung stehen. Diese sollte unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrages der Einrichtung sowie der professionellen und wirtschaftlichen Ziele bei Beachtung der Besonderheiten der Gesundheitsversorgung entwickelt werden. Dazu sollten in einer interdisziplinären Vorgehensweise die Verwaltung und die Heilberufe unter Berücksichtigung der wirtschafts- und technischen Dienste ihre Vorstellungen einbringen können. Für dieses Unterfangen wird eine professionelle Prozeßbegleitung erforderlich sein.

Sowohl aufgrund des wirtschaftlichen Drucks auf das Krankenhaus, der gesetzlichen Verpflichtung zur externen Darlegung der Qualität wie auch im Eigeninteresse muß eine bessere Transparenz der Qualität erreicht werden. Von den Angehörigen der Heilberufen wird oft ein Gegensatz zwischen Wirtschaftlichkeit und Qualität gesehen. Die Leistungen sind jedoch immer aus Menge und Qualität definiert. Insofern sollten Informationssysteme für das Krankenhaus nicht einseitig nur für administrative Zwecke eingerichtet und optimiert werden. Es muß auch die Verknüpfung betriebswirtschaftlicher Kennziffern mit medizinischen, therapeutischen und anderen Qualitätsindikatoren möglich sein. Da die Entwicklung und Einführung DV-gestützter Informationssysteme immer auch mit erheblichen organisatorischen Veränderungen verbunden ist, entsteht hier eine weitere anspruchsvolle Aufgabe für die Betriebsführung. Letztlich ist die erforderliche Transparenz sowohl für betriebswirtschaftliche als auch für medizinisch-therapeutische Zwecke

wohl nur über DV-gestützte Klinikinformationssysteme zu erreichen. DV-gestützte Systeme führen nicht nur zu organisatorischen Veränderungen, sie benötigen auch erhebliche Mitarbeit bei der Entwicklung und bei der Einführung, ansonsten ist die spätere Akzeptanz bei den Nutzern eingeschränkt.

Eine kontinuierliche Personalentwicklung kann nicht nur die Vermittlung von bereichsspezifischem Fachwissen anstreben, sondern auch die Weiterbildung in den Funktionen Leitung und Teamarbeit. Personal- und Organisationsentwicklung müssen aufeinander abgestimmt werden. Die Entwicklung von Qualitätsmanagement ohne gleichzeitige Ausbildung von Mitarbeitern in Teamarbeit, Moderation und Prozeßmanagement ist nicht denkbar.

5 Stabstelle für Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung

Die Bearbeitung der vorgenannten Problemfelder erfordert eine integrative und interdisziplinäre Besetzung einer Stabstelle für Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung. Eine Stabstelle, die der Krankenhausleitung unmittelbar unterstellt ist, kann die integrative Arbeit eher leisten, als wenn diese Aufgabe der Verwaltung oder einer Fachabteilung übertragen wird. Über eine neutrale Moderation von Arbeitsgruppen und Leitungssitzungen lassen sich die vielfältigen Vorstellungen in einem offenen Rahmen diskutieren. Es geht um die Entwicklung einer einvernehmlichen Vorstellung zu den Aufgaben der eigenen Einrichtung. Die Stabstelle hat die Aufgabe, nach den Vorgaben der Krankenhausleitung eine Konzeption des Qualitätsmanagements zu entwickeln und abzustimmen. Schließlich ist der Zeitraum für die Einführung im jeweiligen Krankenhaus je nach Größe mit mehreren bis zu zehn Jahren zu veranschlagen und über diese Zeit zu begleiten.

Gründliche Kenntnisse in Krankenhausstrukturen bis hin zu persönlichen fachspezifischen Erfahrungen verhindern, daß Konzepte praxisfern entwickelt werden. Einfühlungsvermögen in die Anforderungen aus dem engen Verhältnis zwischen Patienten und Heilberufen ist von grundlegender Bedeutung. Es sollte bei der Besetzung einer Stabstelle für Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung darauf geachtet werden, daß neben den erforderlichen Grundkenntnissen in Qualitätsmanagement-Systemen, Moderation, Prozeßmanagement und Betriebswirtschaft ein Verständnis für die besonderen Einstellungen und Belastungen der Heilberufe vorhanden ist.

Mitarbeiter einer solchen Stabstelle sollten bereichsübergreifende Akzeptanz bei allen Berufsgruppen im Krankenhaus ausweisen. Die Leitung der Stabstelle steht in einer Vermittlungsposition zwischen allen Bereichen und erfordert ein erhebliches Maß an Standvermögen und langem Atem.

Zum Qualitätsmanagement gehört die Sammlung von Qualitätsproblemen: Erforderlich sind Neutralität, Einfühlungsvermögen und Vertraulichkeit. Die Initiierung von Qualitätszirkeln zur längerfristigen Bewältigung von Qualitätsproblemen gelingt nur, falls Qualitätsmanagement von der Krankenhausleitung engagiert vertreten wird.

Eine weitere Aufgabe ist die Berichterstattung über Projekte und das gesamte Qualitätsmanagement in der eigenen Einrichtung, gegebenenfalls auch nach entsprechender Überarbeitung für externe Stellen. Diese Berichterstattung stellt beispielgebende Verbesserungen, neue Methoden und Ziele sowie Erreichtes vor. Die bereits angesprochene Neutralität erleichtert die Sammlung von Informationen und sichert eine akzeptierte Darstellung des Qualitätsberichts.

Die Forderung nach Einrichtung einer in dieser Weise definierten Stabstelle für Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung ist nicht utopisch. Inzwischen sind vorwiegend in privat-geführten Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, jedoch auch bei einigen öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern, eine Reihe von Funktionsstellen für die genannten Aufgaben eingerichtet. Die Organisationsformen reichen von definitiven Stabstellen über Institute bis zu Wissenschaftsbeiräten.

Der zunehmende Druck zwingt die Krankenhäuser, ihre Bemühungen zur Organisationsentwicklung zu verstärken. Die zumeist naturwüchsigen Organisationsformen von Krankenhäusern können nur mit exzellent ausgebildetem Management jene sich verschärfenden Rahmenbedingungen motivationsverträglich auffangen. Eine kompetente sozialwissenschaftliche Unterstützung ist für die Bewältigung der komplexen Anforderungen vermutlich unabdingbar.

6 Zusammenfassung

Die Organisationsstrukturen von Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung haben sich naturwüchsig entwickelt. Neben der wirtschaftlichen, medizinisch-technischen und arbeitsrechtlichen Entwicklung bedeuten Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung für das Management der Einrichtungen eine wesentliche Differenzierung der Aufgaben der Betriebsführung. Die bisherigen Bewältigungsstrategien und die Defizite in der Organisation von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung werden aufgezeigt.

Die Einrichtung einer Stabstelle für Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung ist eine wesentliche Unterstützung bei der Bewältigung der Aufgaben der Betriebsführung in Organisationen der Gesundheitsversorgung. Die Aufgaben und die personellen Anforderungen an die Besetzung dieser Stabstelle werden vor dem Hintergrund langjähriger persönlicher Krankenhausarbeit und Erfahrungen im Aufbauprozess eines Qualitätsmanagementsystems einer Klinikgruppe vorgestellt.

Literatur

- ohne Autor, 1995: Kurswechsel der Gesundheitspolitik in die falsche Richtung. In: Das Krankenhaus, Jg. 87, Heft 11, S. 515-519.
- Grossmann, Ralph, 1993: Leitungsfunktionen und Organisationsentwicklung im Krankenhaus. In: Badura, Bernhard; Feuerstein, Günter; Schott, Thomas (Hrsg.), System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim, München, S. 301-321.
- van Kessel, Louis, 1995: Führungsaufgaben in Human Service Organizations. In: Organisationsberatung, Supervision, Clinical Management, Jg. 2, Heft 3, S. 243-251.
- McClure, Margaret L.; Poulin, Muriel A.; Sovie, Margaret D.; Wandelt, Mabel A., 1982: Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses. Kansas City.
- Pinter, Erwig; Stürwold, Herbert, 1995: DIN ISO 9004 Teil 2 als Leitlinie für ein zeitgemäßes Qualitätsmanagement im Krankenhaus. In: Krankenhaus-Umschau, Jg. 64, S. 2-12.
- Rohde, Jürgen J., 1974: Soziologie des Krankenhauses. 2. Aufl., Stuttgart.
- Senge, Peter M., 1994: The Fifth Discipline Fieldbook, Doubleday. New York.

Dr. med. Bernd J. Eversmann MSP
Mittlere Bachstraße 41d
D-94315 Straubing